

Febre reumática

Critérios de Jones revisados (AHA 2015) para população de risco moderado a alto, ecocardiograma e cardite subclínica, tratamento da artrite, da cardite e da coreia, e profilaxias primária e secundária, segundo a SBP 2024

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **febre reumática (FR)** é a complicação tardia da faringoamigdalite pelo estreptococo do grupo A (EGA) mal tratada, sobretudo entre 5 e 14 anos. O **Brasil é população de risco moderado a alto**: pelos critérios de Jones revisados (AHA 2015, adotados pela SBP 2024), **monoartrite, poliartrite ou poliartralgia** contam como critério maior, e **monoartralgia** e **VHS ≥ 30 mm** como menores. O diagnóstico exige **2 maiores, ou 1 maior + 2 menores, com evidência de estreptococcia recente** (dispensada na coreia isolada e na cardite subclínica). **Todo caso suspeito faz ecocardiograma com Doppler**, mesmo sem sopro. Até confirmar, **paracetamol** (anti-inflamatório mascara o quadro). Artrite sem cardite e coreia leve são tratadas em casa, com encaminhamento prioritário ao reumatologista ou cardiologista pediátrico (🟡). **Cardite moderada ou grave, insuficiência cardíaca, artrite incapacitante e coreia grave são internação (🔴)**. Prevenção: tratar a faringite e, após o diagnóstico, **penicilina G benzatina a cada 21 dias** (< 20 kg 600.000 UI; $\geq$ 20 kg 1.200.000 UI), por tempo definido pela cardite.

1. O que é e como se apresenta

Mecanismo: autoimunidade por **mimetismo molecular** entre a proteína M do EGA e tecidos do hospedeiro (valvas, miocárdio, gânglios da base). Só 0,3–3% das faringites estreptocócicas não tratadas evoluem para FR. A **cardite** é a única manifestação que deixa sequelas (SBP 2024).

Manifestações maiores (SBP 2024):

- **Artrite (> 70%):** poliartrite **migratória**, assimétrica, de grandes articulações, muito dolorosa, 3–5 dias em cada uma, resolve em 2–3 semanas e **responde ao anti-inflamatório em 24–48 h**. Formas atípicas: aditiva, pequenas articulações, coluna, entesite. Artrite > 6 semanas na mesma articulação sugere outro diagnóstico.
- **Cardite (cerca de 50%):** pancardite com predomínio de **valvite** — mitral (sopro holossistólico apical) > mitral e aórtica > aórtica (sopro diastólico). Surge nas 3 primeiras semanas: taquicardia desproporcional à febre, atrito pericárdico, dispneia, insuficiência cardíaca.
- **Coreia de Sydenham (5–36%):** meninas escolares e adolescentes; **latência de 2–4 meses (até 12)**, por isso VHS, PCR e ASLO podem ser normais. Movimentos involuntários de face e extremidades (às vezes hemicoreia ou "coreia mole"), piora da letra, **sinhal da ordenha**, do pronador e da colher; somem no sono. Labilidade emocional e sintomas obsessivo-compulsivos são comuns. Dura 2–3 meses, até 1 ano.
- **Nódulos subcutâneos (2–5%) e eritema marginado (< 3%):** raros, associados à cardite.

Critérios de Jones revisados (AHA 2015; SBP 2024):

CRITÉRIO	POPULAÇÃO DE BAIXO RISCO	POPULAÇÃO DE RISCO MODERADO A ALTO (BRASIL)
Maiores	Cardite (clínica ou subclínica); poliartrite; coreia; nódulos; eritema marginado	Cardite (clínica ou subclínica); monoartrite, poliartrite ou poliartralgia ; coreia; nódulos; eritema marginado
Menores	Poliartralgia; febre; VHS ≥ 60 mm e/ou PCR ≥ 3,0 mg/dL; PR prolongado	Monoartralgia ; febre; VHS ≥ 30 mm e/ou PCR ≥ 3,0 mg/dL; PR prolongado

- **Primeiro surto:** 2 maiores, ou 1 maior + 2 menores, **mais evidência de estreptococcia recente** (cultura ou teste rápido positivo, ASLO ou anti-DNase B elevados, escarlatina recente).
- **Recorrência:** 2 maiores, 1 maior + 2 menores, **ou 3 menores**, com evidência de estreptococcia (SBP 2024; CDC 2025).
- **Sem exigir estreptococcia:** coreia isolada e cardite indolente.
- **FR "provável":** quadro que não fecha os critérios em população de risco deve receber **profilaxia secundária** até a reavaliação (diretriz SBC/SBP/SBR 2009; OMS 2004).

Na população de risco moderado a alto, a **poliartralgia só conta como critério maior depois de excluídas outras causas** (CDC 2025).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	FR prévia sem cardite ou com lesão valvar leve estável , assintomática, profilaxia em dia	Seguimento pelo pediatra: benzatina a cada 21 dias, adesão, tratar cada faringite, revisão cardiológica periódica
 Moderada	Suspeita de FR aguda em bom estado: artrite não incapacitante , coreia leve a moderada que não impede andar e comer, cardite subclínica ou leve (sem cardiomegalia nem insuficiência cardíaca); interrupção da profilaxia em paciente com lesão valvar	Exames iniciais, paracetamol até confirmar , 1ª dose de penicilina G benzatina e encaminhamento com prioridade ao reumatologista ou cardiologista pediátrico (com urgência se houver sopro novo)
 Grave	Cardite moderada ou grave (taquicardia persistente, sopro intenso ou diastólico, insuficiência cardíaca , cardiomegalia, pericardite); BAV de 2º ou 3º grau ou arritmia; artrite incapacitante ; coreia grave (não anda, não come, risco de queda ou de se ferir)	Internação (SBP 2024): pronto-socorro ou hospital com cardiologia pediátrica

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Recorrência (cada surto soma dano valvar) e **abandono da profilaxia secundária**.
- Lesão valvar prévia, cirurgia valvar, prótese.
- Cardite no 1º surto, nódulos subcutâneos ou eritema marginado.

3. Diagnóstico no consultório

É **clínico**, apoiado em exames. Perguntar por faringite ou escarlatina nas semanas anteriores, dor migratória, dispneia, mudança na letra ou no comportamento. Auscultar em decúbito lateral esquerdo e sentado. Anti-inflamatório prévio mascara artrite e provas inflamatórias.

Exames (SBP 2024):

EXAME	PARA QUÊ
VHS e PCR	Critério menor; repetir a cada 15 dias
ASLO (2 dosagens com ≥ 15 dias de intervalo) e anti-DNase B	Estreptococcia; pico em 4–6 semanas; ASLO alto isolado não faz diagnóstico
Cultura de orofaringe ou teste rápido	Sempre; sensibilidade baixa (20–30%) nessa fase
Ecocardiograma com Doppler	Todos os suspeitos , mesmo sem sopro (cardite subclínica) (SBP 2024; CDC 2025)
ECG e radiografia de tórax	PR longo, bloqueios; cardiomegalia
Hemograma	Leucemia, infecção
FAN e anticorpos antifosfolípidos	Na coreia (lúpus, síndrome antifosfolípide)

Cardite subclínica: exame, ausculta, radiografia e ECG normais (exceto PR), com **regurgitação mitral ou aórtica patológica** ao Doppler — jato holossistólico (mitral) ou holodistólico (aórtico) identificado em pelo menos 2 planos; o espessamento dos folhetos aumenta a especificidade (diretriz SBC/SBP/SBR 2009). Conta como **cardite (critério maior)** desde a AHA 2015.

Diagnóstico diferencial que não pode passar (SBP 2024):

- **Artrite séptica e osteomielite** (monoartrite febril com recusa de apoio: pronto-socorro).
- **Leucemia, linfoma, neuroblastoma** (dor noturna, palidez, citopenias): hemograma antes de qualquer corticoide.
- Lúpus, AIJ (artrite fixa ≥ 6 semanas), vasculite por IgA, Kawasaki, artrites virais e gonocócica, tuberculose.
- **Artrite reativa pós-estreptocócica:** até 10 dias da faringite, não migratória, prolongada, responde mal ao AAS, não preenche Jones; a AEP cita profilaxia por 1–2 anos se não surgir cardite.

- **Endocardite infecciosa**, miocardite e pericardite virais, sopro inocente, valva aórtica bicúspide.
- Coreia: lúpus, síndrome antifosfolípide, encefalite autoimune, medicamentos, tiques (suprimíveis).

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** suspeita, pede exames, dá paracetamol, aplica a 1ª benzatina, encaminha e depois **garante a profilaxia secundária e o tratamento de cada faringite**. O **especialista** (reumatologista e cardiologista pediátricos) confirma, define anti-inflamatório ou corticoide e conduz a insuficiência cardíaca, a coreia grave e a cirurgia.

Medidas gerais (SBP 2024): repouso relativo e retorno gradual conforme a clínica e as provas inflamatórias; na cardite moderada ou grave, **repouso relativo por 4 semanas**. Reavaliar com provas de fase aguda, ecocardiograma, ECG e radiografia **4 semanas após o início**.

Erradicação do estreptococo: na suspeita de FR, mesmo com cultura negativa; no 1º surto, essa dose inicia a profilaxia secundária (diretriz 2009).

Medicamentos:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol (até confirmar o diagnóstico)	10–15 mg/kg/dose; máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Até definir o diagnóstico	SBP 2024; padrão do site (efeito cumulativo em 48–72 h)
Naproxeno (artrite)	10–20 mg/kg/dia	12/12 h	Cerca de 4 semanas, por clínica, VHS e PCR	Preferido (SBP 2024)
Ibuprofeno (artrite)	30–40 mg/kg/dia	6/6 a 8/8 h	Cerca de 4 semanas	SBP 2024 (dose anti-inflamatória)
Ácido acetilsalicílico (artrite)	80–100 mg/kg/dia; após 2 semanas, com melhora, 60 mg/kg/dia	6/6 h	Cerca de 4 semanas	SBP 2024; suspender em infecção viral (Reye)
Prednisona (cardite moderada ou grave)	2 mg/kg/dia, máx. 60 mg/dia	1x/dia ou fracionada	Plena 2 semanas, depois –20–25% por semana; total 12 semanas (4–8 na cardite leve)	SBP 2024
Metilprednisolona IV (cardite grave refratária)	30 mg/kg/dia	1x/dia	3 dias	SBP 2024 (sem teto; máx. 1 g conforme especialista); hospitalar
Haloperidol (coreia moderada ou grave)	0,5–1 mg/dia; máx. 5 mg/dia	Especialista	Até 2–4 semanas após melhorar	SBP 2024
Carbamazepina (coreia)	3,5–10 mg/kg/dose	12/12 h	Idem	SBP 2024
Ácido valproico (coreia)	7,5–10 mg/kg/dose	12/12 h	Idem	SBP 2024; AEP prefere ao haloperidol
Prednisona (coreia grave)	1 mg/kg/dia	1x/dia	2 semanas + desmame em 2	SBP 2024

- **Cardite leve e subclínica:** corticoide controverso, em dose e tempo menores, a critério do especialista. Nenhum anti-inflamatório reduziu a sequelas valvar (SBP 2024); a OMS (2024) não recomenda a favor nem contra.
- **Insuficiência cardíaca:** diurético, restrição hídrica e de sal, IECA na regurgitação aórtica, digoxina com cautela (SBP 2024; ver "Insuficiência cardíaca na criança"); cirurgia se houver ruptura de cordoalha ou perfuração valvar.
- **Coreia leve:** sem medicamento — ambiente calmo e apoio escolar.

- **Sem corticoide na artrite isolada** (diretriz 2009); imunoglobulina IV não muda a evolução (SBP 2024).

Profilaxia primária — tratar a faringite estreptocócica conforme "Faringoamigdalite (viral × estreptocócica)": **penicilina G benzatina IM dose única (< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI)** ou amoxicilina 30–50 mg/kg/dia de 8/8 ou 12/12 h por 10 dias (Diretriz SBC/SBP/SBR 2009; a dose única diária da IDSA, 50 mg/kg/dia, máx. 1 g, é divergência); penicilina V: criança 250 mg e adolescente 500 mg, 2–3x/dia, por 10 dias (SBP 2024); na alergia, azitromicina 12 mg/kg/dia (máx. 500 mg) por 5 dias ou clindamicina (SBP 2024).

Profilaxia secundária — começa no diagnóstico:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Penicilina G benzatina IM	< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI	A cada 21 dias	Escolha (SBP 2024; diretriz SBC/SBP/SBR 2009)
Penicilina V	250 mg	12/12 h	Alternativa, menos eficaz (diretriz 2009)
Alergia: sulfadiazina	< 30 kg 500 mg/dia; ≥ 30 kg 1 g/dia	1x/dia	SBP 2024
Alergia à penicilina e à sulfa: eritromicina	250 mg	12/12 h	SBP 2024

Duração da profilaxia secundária (SBP 2024):

SITUAÇÃO	DURAÇÃO
FR sem cardite prévia	Até 21 anos ou 5 anos após o último surto (o que for mais longo)
FR com cardite prévia; insuficiência mitral leve residual ou resolução da lesão	Até 25 anos ou 10 anos após o último surto (o que for mais longo)
Lesão valvar residual moderada a grave	Até os 40 anos ou por toda a vida
Após cirurgia valvar	Por toda a vida

- **Alergia à penicilina:** investigar antes de rotular — cerca de 90% das crianças rotuladas toleram (SBP 2020); anafilaxia: adrenalina IM 0,01 mg/kg, máx. 0,3 mg (adolescente 0,5 mg).
- **A profilaxia secundária não substitui** o tratamento de nova faringite nem a **profilaxia de endocardite** quando indicada — decidir com o cardiologista (ver "Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica").
- **Doença reumática cardíaca latente** (ecocardiograma de rastreio): a profilaxia reduz a progressão em 2 anos (SBP 2024; OMS 2024).

- **Gestação:** manter a profilaxia; evitar AINE, valproato, carbamazepina, haloperidol, IECA e sulfadiazina (diretriz 2009).
- **Vacinas** em dia (influenza e varicela); não usar AAS na influenza ou varicela.
- **Notificação:** a FR não consta da Lista Nacional de Notificação Compulsória (PRC nº 4/2017, Anexo V, na redação da Portaria GM/MS nº 10.175/2026); seguir a norma do estado ou município, onde houver.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Cardite moderada ou grave:** dispneia, cansaço aos esforços, taquicardia em repouso, sopro intenso ou diastólico, galope, hepatomegalia, edema, atrito pericárdico, dor torácica.
- **Síncope, bradicardia ou BAV de 2º ou 3º grau** ao ECG.
- **Artrite incapacitante** (não anda, dor que não cede).
- **Coreia grave:** não anda, não come ou não se veste, quedas, disfagia.
- Monoartrite febril com dor intensa e recusa de apoio (afastar **artrite séptica**).
- Febre prolongada com sopro em paciente com valvopatia (afastar **endocardite**).

Como encaminhar

1. Repouso, semissentada se houver dispneia; **sem anti-inflamatório nem corticoide antes da avaliação.**
2. **Oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** se houver desconforto (padrão do site); FC e PA.
3. Acesso venoso sem hiper-hidratar na suspeita de insuficiência cardíaca.
4. **SAMU (192)** se houver insuficiência cardíaca, síncope ou arritmia; contato prévio com serviço com cardiologia pediátrica.
5. **Relatório:** faringite e tratamento, exames feitos, doses de benzatina aplicadas, alergias.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A benzetacil é aplicada **a cada 21 dias, sem atrasar**: cada novo surto pode piorar a válvula do coração."
- "Toda dor de garganta com febre precisa ser avaliada; a injeção não dispensa o tratamento."
- "A coreia passa em alguns meses; a criança não está fazendo de propósito. Avise a escola."
- **Pronto-socorro se houver:** falta de ar, cansaço, inchaço, dor no peito, desmaio, coração disparado, movimentos que impedem andar ou comer.
- **Pediatra se houver:** dor ou inchaço nas juntas, febre, dor de garganta, injeção atrasada.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico	Jones AHA 2015 por risco; Brasil moderado/alto (DC nº 175/2024)	Sem protocolo específico localizado	AHA 2015 (CDC 2025)	Sem diretriz de FR	Jones AHA 2015 e OMS (SERPE 2020)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Ecocardiograma	Todos os suspeitos (2024)	Sem posição localizada	Todos os suspeitos (CDC 2025)	—	Doppler em todos (2020)	—	—	—
Artrite	Naproxeno ou ibuprofeno preferidos; AAS alternativo	—	Salicilato ou AINE (CDC 2025)	—	AAS 80–100 mg/kg/dia 1ª linha; naproxeno 15–20	—	—	—
Cardite	Prednisona 2 mg/kg/dia, máx. 60 mg	—	—	—	Prednisona 2 mg/kg/dia, máx. 80 mg	—	—	—
Profilaxia primária	Benzatina, corte 20 kg	AIDPI 2017: benzatina, corte 20 kg	AHA 2009 (endossada): corte 27 kg	NG84 (2018): penicilina V 5–10 dias	Benzatina, corte 27 kg	—	—	Segue o NICE
Profilaxia secundária	21/21 dias ; até 21/25/40 anos ou vida	Sem protocolo específico localizado	3–4 semanas; ao menos até 21 anos (CDC 2025)	—	A cada 4 semanas	—	—	—

Versões consultadas: SBP — DC nº 175, 10/2024, e Diretrizes SBC/SBP/SBR, 2009; MS — AIDPI, 2017; AAP — AHA 2009 (endossada) e CDC, 08/2025; NICE — NG84, 01/2018; AEP — SERPE, 2020; apoio — AHA 2015 e OMS 2024.

Leitura: todas as referências convergem nos critérios de Jones revisados (AHA 2015, mantidos pela OMS 2024), no ecocardiograma para todo suspeito, na penicilina G benzatina como base das duas profilaxias e na profilaxia de longo prazo guiada pela cardite. As divergências são quatro: **intervalo da benzatina** — 21 dias na SBP e na diretriz brasileira; 28 dias na AEP e na AHA/AAP 2009 (21 dias só nas recorrências), 3–4 semanas no CDC; **corte de peso** — 20 kg no Brasil, 27 kg nos EUA e na Espanha; **primeira linha na artrite** — a AEP mantém o AAS em dose alta, a SBP 2024 prefere naproxeno ou ibuprofeno pela segurança; **teto da prednisona** — 60 mg/dia na SBP 2024, 80 mg/dia na diretriz 2009 e na AEP. O NICE não tem diretriz de FR; o MS, só a AIDPI. **O site adota a posição da SBP:** critérios de risco moderado a alto, ecocardiograma em todos, naproxeno preferido, prednisona máx. 60 mg/dia e benzatina a cada 21 dias.

PONTOS PRÁTICOS

1. No Brasil, monoartrite e poliartralgia contam como critério maior; ecocardiograma em todo suspeito, mesmo sem sopro.
2. Até confirmar o diagnóstico, paracetamol: anti-inflamatório precoce apaga a artrite migratória e as provas inflamatórias.
3. Coreia isolada fecha o diagnóstico sozinha, mesmo com ASLO normal: ecocardiograma e profilaxia.
4. Cardite moderada ou grave, insuficiência cardíaca, artrite incapacitante e coreia grave: internação.
5. Benzatina < 20 kg 600.000 UI e ≥ 20 kg 1.200.000 UI a cada 21 dias; a duração depende da cardite (21, 25, 40 anos ou toda a vida).

Veja também, nesta Biblioteca: **Faringoamigdalite (viral × estreptocócica)** e **Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta)** (Patologias do consultório); **Abordagem da criança com artrite (mono, oligo e poliartrite)**, **Artrite idiopática juvenil (AIJ)** e **Lúpus eritematoso sistêmico juvenil** (nesta área); **Miocardite, pericardite e síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C)**, **Insuficiência cardíaca na criança** e **Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica** (Cardiologia); **Glomerulonefrite pós-estreptocócica e síndrome nefrítica** (Nefrologia e Urologia); **Osteomielite e artrite séptica na criança** (Infectologia); **Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente** (Hematologia); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Febre reumática — diagnóstico, tratamento e profilaxia (Documento Científico nº 175), 2024. [PDF](#)
- SBC, SBP e SBR. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática — guia de bolso, 2009. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança 2 meses a 5 anos — Manual de quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- AEP/SERPE. Mosquera Angarita JM, Antón López J. Fiebre reumática y artritis posestreptocócica. Protoc diagn ter pediatri, 2020. [PDF](#)
- CDC. Diagnosing Acute Rheumatic Fever e Clinical Guidance for ARF, 08/2025. [diagnóstico; conduta](#)
- World Health Organization. WHO guideline on the prevention and diagnosis of rheumatic fever and rheumatic heart disease, 2024. [PDF](#)

- NICE. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing (NG84), 2018. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AHA (Gerber MA et al.), endossada pela AAP. Prevention of rheumatic fever. Pediatrics, 2009. [AAP](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.